NAVIGATION PLAISANCE

REGIME DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTE

21 SEPTEMBRE 2015

ACCORD DU 21 SEPTEMBRE 2015

DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE

DES ENTREPRISES RELEVANT DE LA NAVIGATION DE PLAISANCE

DU 31 MARS 1979,

RELATIF AU REGIME DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTE

Préambule

Conformément à l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les partenaires sociaux de la branche de la navigation de plaisance, la Fédération des industries nautiques et les organisations syndicales de salariés, se sont réunis afin d'élaborer et de négocier un accord instituant au 1er janvier 2016 un régime de couverture complémentaire de frais de santé pour les salariés de la branche.

Les partenaires sociaux ont voulu :

- assurer aux salariés un niveau de garanties supérieur à celui prévu par l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale ;
- organiser l'accès à un dispositif d'assurance, à un coût avantageux, à l'ensemble des entreprises de la branche, en particulier les plus petites d'entre elles ;
- permettre la mutualisation des risques auprès d'un organisme d'assurance habilité recommandé au terme d'une procédure transparente de consultation et de mise en concurrence de différents opérateurs d'assurance. A cet effet, les partenaires sociaux ont procédé à un appel d'offres auprès d'organismes d'assurance sur la base d'un cahier des charges établi paritairement.

Le présent accord prévoit un régime conventionnel qui constitue un socle de base ainsi qu'un régime optionnel.

En tout état de cause, au-delà de ce régime de base obligatoire, les entreprises ont la faculté de mettre en place des régimes supplémentaires dont les garanties s'ajouteraient à celles prévues par le présent accord.

ARTICLE 1 –CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord s'applique aux entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des entreprises relevant de la navigation de plaisance du 31 mars 1979.

ARTICLE 2 - OBJET

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont tenues de mettre en place, au 1er janvier 2016, au profit de leurs salariés, la couverture complémentaire conventionnelle de base de frais de santé prévue par le présent accord.

Les entreprises ayant mis en place un régime de couverture complémentaire de frais de santé obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord mais dont les garanties assurées ne couvrent pas à un niveau égal ou supérieur les garanties du régime de base définies dans le présent accord devront adapter leurs garanties à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord au 1er janvier 2016.

ARTICLE 3 – SALARIES BENEFICIAIRES

Le bénéfice des garanties visées à l'article 5-1 du présent accord est ouvert au profit de l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective précitée, quelle que soit leur catégorie professionnelle et sans condition d'ancienneté.

A ce stade, les partenaires sociaux souhaitent rappeler que les mandataires sociaux ne sont pas automatiquement bénéficiaires, en application du présent accord, du régime de couverture complémentaire de frais de santé. Ainsi, les employeurs devront veiller à mettre en œuvre les procédures adéquates de droit des sociétés, afin qu'ils puissent bénéficier, au besoin, de ce dispositif.

L'adhésion des salariés bénéficiaires au régime conventionnel de base est obligatoire, sous réserve des cas de dispense définis à l'article 4 du présent accord.

Les ayants droit du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières de Sécurité sociale.

Au cours d'une suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée, le salarié n'est plus bénéficiaire de la couverture complémentaire de frais de santé. Toutefois, le salarié peut souscrire un contrat de maintien de garanties sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation comprenant la part salariale et la part patronale.

ARTICLE 4 – CAS DE DISPENSE D'ADHESION

Quelle que soit leur date d'embauche, les salariés peuvent, à leur initiative, être dispensés d'adhésion au dispositif, dans les cas suivants :

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale (CMU complémentaire) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle « frais de santé » au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de couverture complémentaire de frais de santé conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, auprès de leur employeur, dans un délai de 15 jours à compter de la date de mise en place du régime dans l'entreprise, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de 15 jours qui suit leur embauche. La demande de dispense des salariés concernés devra comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

A défaut de fournir les éléments dans les délais, l'employeur procèdera à l'affiliation du salarié.

En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier leur situation. A défaut de justificatif, l'employeur procèdera à l'affiliation du salarié.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande.

ARTICLE 5 – PRESTATIONS ET COTISATIONS DU REGIME DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTE

Les garanties sont mises en œuvre conformément aux exigences posées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et aux textes règlementaires pris pour son application.

Les prestations, qui incluent celles versées par le régime de base de Sécurité sociale, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires du régime, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Sauf dispositions contraires prévues par le présent accord et sans préjudice des dispositions ci-dessus rappelées relatives aux contrats dits « responsables », les frais engagés en dehors de la période de garantie, ou non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale, ne feront pas l'objet d'une prise en charge par le présent régime de couverture complémentaire de frais de santé.

Article 5-1 – Régime conventionnel (obligatoire pour le salarié)

NATURE DES FRAIS	Régime Conventionnel *Y compris le régime de base de la Sécurité sociale*
HOSPITALISATION	**HOSPITALISATION Médicale et Chirurgicale y compris maternité**
- Frais de séjour conventionnés ou non conventionnés	240% BR
- Chambre particulière y compris maternité	néant
-accompagnement (enfant de -12 ans)	néant
- Honoraires conventionnés (ADC, ADA) - Adhérent au CAS	240% BR
- Honoraires conventionnés (ADC, ADA) - Non adhérent au CAS	130% BR
- Honoraires non conventionnés (ADC, ADA) - Adhérent au CAS	240% BR
- Honoraires non conventionnés (ADC, ADA)- Non adhérent au CAS	130% BR
- Forfait journalier hospitalier	100% FR
SOINS MEDICAUX COURANTS	**Conventionné ou non conventionné**
- Analyses médicales	100% BR
- Auxiliaires médicaux	100% BR
- Orthopédie et autres prothèses	100% BR
- Appareillages auditifs	100% BR
- Consultations et visites généralistes - Adhérent au CAS	100% BR
- Consultations et visites généralistes - Non adhérent au CAS	100% BR
- Consultations et visites spécialistes - Adhérent au CAS	130% BR
- Consultations et visites spécialistes - Non adhérent au CAS	100% BR
- Actes techniques médicaux / de spécialités (ATM) - Adhérent au CAS	130% BR
- Actes techniques médicaux / de spécialités (ATM) - Non adhérent au CAS	100% BR
- Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Adhérent au CAS	100% BR
- Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Non adhérent au CAS	100% BR
- Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR
- Transport (pris en charge Sécurité sociale)	100% BR
DENTAIRE	**Conventionné ou non conventionné**
- Soins dentaires	170% BR
- Inlays simple, Onlay	170% BR
- Inlays, core et parodontie pris en charge Sécurité sociale	170% BR
- Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	220% BR
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	225% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	néant
-Implant dans la limite de 3 par an	néant
Pardontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (curetage, surfaçage)	5% PMSS par an et par bénéficiaire (soit 158,50 € en 2015)
OPTIQUE	**Conditions de limitation du nombre d'Equipement * Le coût de la monture ne peut pas dépasser 150 €**
- Verres unifocaux tous types (la paire) + Monture	grilles optique
- 1 Verres unifocal + 1 Verre multifocal + Monture	
- Verres multifocaux tous types (la paire) + Monture	
- Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR + 2% PMSS (forfait par an)
- Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables)	2% PMSS (forfait par an)
ACTES DE PREVENTION	
- **Ensemble** des actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2001	100% BR
MATERNITE	
- Indemnité en cas de naissance	néant
AUTRES	
- Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (traitements et honoraires)	-
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, bilan nutritionnel, éthiopate, psychomotricien, psychologue	20 € par séance (maximum 2 séances par an et par bénéficiaire)
Praticien Diplômé **(si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)**	
Pharmacie prescrite non prise en charge par la sécurité sociale	néant

* EQUIPEMENT OPTIQUE :

Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165–1 du Code de la Sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

REGIME CONVENTIONNEL

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	BASE DE REMBOURSEMENT	CLASSE DE VERRES	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en %PMSS pour une paire (monture comprise)
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	2,29 €	1	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	4% PMSS
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	4,12 €	2			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	6,4% PMSS
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté	7,62 €	2			< à -10 ou > à +10	6,4% PMSS
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	3,66 €	1		Cylindre < à 4	de -6 à +6	4% PMSS
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	6,86 €	2			< à -6 et > à +6	6,4% PMSS
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	6,25 €	2		Cylindre > à 4	de -6 à +6	6,4% PMSS
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté	9,45 €	2			< à -6 et > à +6	6,4% PMSS
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	7,32 €	1	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	6,4% PMSS
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	10,82 €	2			< à -4 ou > à +4	6,4% PMSS
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	10,37 €	2		Tout Cylindre	de -8 à +8	6,4% PMSS
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	24,54 €	2			< à -8 ou > à +8	6,4% PMSS
Enfant (<18 ans) Code LPP	BASE DE REMBOURSEMENT	CLASSE DE VERRES	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en %PMSS pour une paire (monture comprise)
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	12,04 €	1	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	4% PMSS
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	26,68 €	2			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	6,4% PMSS
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté	44,97 €	2			< à -10 ou > à +10	6,4% PMSS
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	14,94 €	1		Cylindre < à 4	de -6 à +6	4% PMSS
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	36,28 €	2			< à -6 et > à +6	6,4% PMSS
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	27,90 €	2		Cylindre > à 4	de -6 à +6	6,4% PMSS
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté	46,50 €	2			< à -6 et > à +6	6,4% PMSS
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	39,18 €	1	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	6,4% PMSS
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	43,30 €	2			< à -4 ou > à +4	6,4% PMSS
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	43,60 €	2		Tout Cylindre	de -8 à +8	6,4% PMSS
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	66,62 €	2			< à -8 ou > à +8	6,4% PMSS

Article 5-2 – Régime optionnel à adhésion facultative

NATURE DES FRAIS	Régime optionnel *En complément du régime conventionnel*
HOSPITALISATION	**HOSPITALISATION Médicale et Chirurgicale y compris maternité**
- Frais de séjour conventionnés ou non conventionnés	+ 40% BR
- Chambre particulière y compris maternité	1,40% PMSS (soit 44,38€ en 2015) limité à 20 jours par année civile
-accompagnement (enfant de -12 ans)	1% PMSS (soit 31,70€ en 2015) limité à 20 jours par année civile
- Honoraires conventionnés (ADC, ADA) - Adhérent au CAS	+ 40% BR
- Honoraires conventionnés (ADC, ADA) - Non adhérent au CAS	+ 50% BR
- Honoraires non conventionnés (ADC, ADA) - Adhérent au CAS	+ 40% BR
- Honoraires non conventionnés (ADC, ADA)- Non adhérent au CAS	+ 50% BR
- Forfait journalier hospitalier	-
SOINS MEDICAUX COURANTS	**Conventionné ou non conventionné**
- Analyses médicales	+ 10% BR
- Auxiliaires médicaux	+ 10% BR
- Orthopédie et autres prothèses	+ 10% BR
- Appareillages auditifs	+ 10% BR
- Consultations et visites généralistes- Adhérent au CAS	+ 70% BR
- Consultations et visites généralistes- Non adhérent au CAS	/
- Consultations et visites spécialistes- Adhérent au CAS	+ 40% BR
- Consultations et visites spécialistes- Non adhérent au CAS	/
- Actes techniques médicaux / de spécialités (ATM) - Adhérent au CAS	+ 40% BR
- Actes techniques médicaux / de spécialités (ATM) - Non adhérent au CAS	/
- Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Adhérent au CAS	+ 20% BR
- Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Non adhérent au CAS	/
- Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	/
- Transport (pris en charge Sécurité sociale	+ 30% BR
DENTAIRE	**Conventionné ou non conventionné**
- Soins dentaires	/
- Inlays simple, Onlay	+ 100% BR
- Inlays, core et parodontie pris en charge Sécurité sociale	+ 150% BR
- Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	+ 100% BR
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	+ 25% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	150% BR
-Implant dans la limite de 3 par an	7% PMSS par an et par bénéficiaire (soit 221,90 € en 2015)
Pardontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (curetage surfaçage	/
OPTIQUE	**Conditions de limitation du nombre d'Equipement*** **Le coût de la monture ne peut pas dépasser 150 €**
- Verres unifocaux tous types (la paire) + Monture	grilles optique
- 1 Verres unifocal + 1 Verre multifocal + Monture	
- Verres multifocaux tous types (la paire) + Monture	
- Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	+ 3% PMSS (forfait par an) (soit 95,1 € en 2015)
- Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables)	+ 8% PMSS (forfait par an) (soit 253,6 € en 2015)
ACTES DE PREVENTION	
- **Ensemble** des actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2001	
MATERNITE	
- Indemnité en cas de naissance	10% PMSS (soit 317 € en 2015)
AUTRES	
- Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (traitements et honoraires)	35 à 20% BR selon les actes
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, bilan nutritionnel, éthiopate, psychomotricien, psychologue Praticien Diplômé **(si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)**	+ 5 € par séance (maximum 2 séances par an et par bénéficiair
Pharmacie prescrite non prise en charge par la sécurité sociale	1% PMSS (soit 31,70 € en 2015)

* EQUIPEMENT OPTIQUE :

Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

REGIME OPTIONNEL

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	BASE DE REMBOURSEMENT	CLASSE DE VERRES	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en %PMSS pour une paire (monture comprise)
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	2,29 €	1	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	7,55% PMSS
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	4,12 €	2			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	9,77% PMSS
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté	7,62 €	2			< à -10 ou > à +10	9,77% PMSS
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	3,66 €	1		Cylindre < à 4	de -6 à +6	7,55% PMSS
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	6,86 €	2			< à -6 et > à +6	9,77% PMSS
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	6,25 €	2		Cylindre > à 4	de -6 à +6	9,77% PMSS
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté	9,45 €	2			< à -6 et > à +6	9,77% PMSS
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	7,32 €	1	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	7,55% PMSS
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	10,82 €	2			< à -4 ou > à +4	9,77% PMSS
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	10,37 €	2		Tout Cylindre	de -8 à +8	9,77% PMSS
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	24,54 €	2			< à -8 ou > à +8	9,77% PMSS
Enfant (<18 ans) Code LPP	**BASE DE REMBOURSEMENT**	**CLASSE DE VERRES**	**UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX**	**Avec/Sans Cylindre**	**SPHERE**	**Montant en %PMSS pour une paire (monture comprise)**
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	12,04 €	1	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	7,55% PMSS
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	26,68 €	2			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	9,77% PMSS
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté	44,97 €	2			< à -10 ou > à +10	9,77% PMSS
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	14,94 €	1		Cylindre < à 4	de -6 à +6	7,55% PMSS
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	36,28 €	2			< à -6 et > à +6	9,77% PMSS
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	27,90 €	2		Cylindre > à 4	de -6 à +6	9,77% PMSS
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté	46,50 €	2			< à -6 et > à +6	9,77% PMSS
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	39,18 €	1	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	7,55% PMSS
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	43,30 €	2			< à -4 ou > à +4	9,77% PMSS
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	43,60 €	2		Tout Cylindre	de -8 à +8	9,77% PMSS
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	66,62 €	2			< à -8 ou > à +8	9,77% PMSS

TPH AL

Article 5-3 – Engagement des partenaires sociaux au titre du haut degré de solidarité

Le présent accord instaure un régime frais de santé conventionnel obligatoire présentant un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

La part de la cotisation affectée au financement de ces prestations est fixée à 2% minimum.

Article 5-4 – Cotisations

- Régime collectif CCN à adhésion obligatoire pour le salarié uniquement

a/ Personnel actif

	Régime général	Régime local
	Taux en % du PMSS	
Cotisation salarié - appel entreprise	**0,89%**	**0,49%**
Cotisation conjoint - appel sur compte individuel	**0,98%**	**0,53%**
Cotisation enfant - appel sur compte individuel	**0,53%**	**0,33%**

Les taux de cotisations ci-dessus sont garantis pour 2016 et 2017. La cotisation « salarié » de 0,89% sera appelée à 0,86 % pour l'année 2016.

b/ Catégorie loi « Evin »

	Régime général	Régime local
	Taux 2016 en % du PMSS	
Cotisation adulte - appel sur compte individuel	**1,19%**	**0,64%**
Cotisation enfant - appel sur compte individuel	**0,53%**	**0,33%**

- Régime optionnel à adhésion facultative

a/ Personnel actif

	Régime général et local
	Taux 2016 en % du PMSS
Cotisation salarié - appel entreprise	**0,32%**
Cotisation salarié facultatif conjoint - appel sur compte individuel	**0,36%**
Cotisation enfant - appel sur compte individuel	**0,13%**

b/ Catégorie loi « Evin »

	Régime général et local
	Taux 2016 en % du PMSS
Cotisation adulte - appel sur compte individuel	0,43%
Cotisation enfant - appel sur compte individuel	0,13%

ARTICLE 6 – ORGANISME D'ASSURANCE HABILITE RECOMMANDE

Les partenaires sociaux choisissent de recommander aux entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, pour assurer le régime de couverture complémentaire de frais de santé prévue par le présent accord, l'organisme d'assurance habilité suivant :

AG2R PREVOYANCE
dont le siège social est situé 35, boulevard Brune – 75014 Paris

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale, dans un délai maximum de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord. A cette fin, ils se réuniront au plus tard six mois avant l'échéance.

ARTICLE 7 – FINANCEMENT DU REGIME

Le financement du régime collectif dont bénéficie le salarié à titre obligatoire est assuré par une cotisation répartie à hauteur de 50% à la charge de l'employeur et 50% à la charge du salarié.

L'affiliation des ayants droit ainsi que l'amélioration de garanties au titre du régime obligatoire sont intégralement financées par le salarié, si elles sont effectuées à titre individuel et facultatif par le salarié.

ARTICLE 8 – MAINTIEN DES GARANTIES EN APPLICATION DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « EVIN » N°89-1009 DU 31 DECEMBRE 1989

Au titre de l'article 4 de la loi « Evin » précitée, deux catégories de bénéficiaires ont droit au maintien individuel de la couverture frais de santé, à leur demande :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité de travail ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties conformément aux dispositions de l'article 9 du présent accord relatif à la mise en œuvre de la portabilité.

  Conformément à l'article 4 de la loi «Evin », l'organisme d'assurance habilité adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

  Conformément à l'article 4 de la loi «Evin », l'organisme d'assurance adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes au plus tard dans le délai de deux mois à compter du décès.

  Le maintien de la garantie donne lieu à un nouveau contrat entre l'assuré et l'organisme d'assurance habilité. Ce nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande et doit maintenir à l'identique les garanties des salariés actifs.

  Les personnes bénéficiaires financent seules ce maintien de garantie.

Les tarifs applicables aux personnes visées ci-dessus ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

ARTICLE 9 – PORTABILITE DES GARANTIES

Conformément à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés garantis collectivement en matière de remboursement de frais de santé et de maternité bénéficient, du maintien temporaire de leur couverture en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

Il incombe à l'ancien salarié de justifier auprès de l'organisme d'assurance, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme d'assurance habilité de la cessation du contrat de travail.

ARTICLE 10 – SUIVI DU REGIME DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTE

Le régime de couverture complémentaire de frais de santé est administré par la Commission nationale paritaire dont sont membres l'organisation d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives signataires ou adhérentes de la convention collective nationale précitée.

L'organisme d'assurance habilité recommandé communique chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la Commission, au plus tard le 1er juin suivant la clôture de l'exercice.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes devant la Commission nationale paritaire par l'organisme d'assurance habilité, les garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié paritairement.

ARTICLE 11 – DISPOSITIONS FINALES

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur le 1er janvier 2016.

Il est fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour notification à chacune des organisations représentatives dans les conditions prévues à l'article L. 2231-5 du Code du travail et dépôt dans les conditions prévues par l'article L. 2231-6 du même Code.

Fait à Paris, le 21 septembre 2015

Organisation patronale signataire :

Fédération des industries nautiques (FIN) représentée par M. Gérard Lachkar

Organisations syndicales de salariés signataires :

Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT)
(Fédération Chimie – Energie représentée par M. Thierry Perrin-Hudry)

Confédération Française de l'Encadrement-CGC (CFE-CGC)
(Fédération de la Métallurgie représentée par M. André Legault)

Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC)
(Fédération Bâti-Mat-TP représentée par M. Patrick Del Grande)

Confédération Générale du Travail (CGT)
(Fédération Nationale des Industries Chimiques représentée par M. Olivier Grevet)

Confédération Générale Force Ouvrière (FO)
(Fédération Générale FO Construction représentée par M. Franck Serra)